

Formulario de información adicional de asistencia médica

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

ID del caso: _____

1. Cuéntenos sobre su **cónyuge**:

O marque **No estoy casado**. Si se divorció, díganos cuándo finalizó el divorcio: _____

| Nombre y segundo nombre | Apellidos | Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social |
|-------------------------|-----------|---------------------|-------------------------|
| | | | |

2. Mencione cualquier **ingreso** que tengan todas las personas de su hogar, incluso si no están solicitando cobertura médica. Proporcione comprobantes de cada tipo de ingreso que tengan los miembros del hogar. Envíe copias. No envíe los documentos originales.

O marque **Sin ingresos**

Los ejemplos **de tipos de ingresos** incluyen:

- Ingresos laborales (trabajo)
- Jubilación de empleados ferroviarios
- Ingresos por alquileres
- Beneficio para sobrevivientes
- Jubilación o pensión
- Beneficio del Seguro Social
- Trabajo por cuenta propia
- Seguridad de Ingreso Suplementario
- Seguro por Incapacidad del Seguro Social
- Beneficio para veteranos
- Beneficio para personas viudas de veteranos
- Manutención infantil
- Dividendos o intereses
- Pensión alimenticia (Nota: Incluir solo para divorcios finalizados antes del 1 de enero de 2019)
- Desempleo
- Indemnización por accidente laboral
- Beneficio por discapacidad
- Ayuda financiera
- Otros ingresos mensuales en efectivo

| Nombre de la persona que recibe los ingresos | Tipo de ingreso | ¿Con qué frecuencia obtiene estos ingresos? | Monto antes de impuestos y deducciones (monto bruto) | Si los ingresos provienen de un trabajo, marque todas las opciones que correspondan |
|--|-----------------|--|--|---|
| | | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual | \$ | <input type="checkbox"/> Trabajo de temporada <input type="checkbox"/> Trabajo con comisión o propinas <input type="checkbox"/> Ninguno |
| | | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual | \$ | <input type="checkbox"/> Trabajo de temporada <input type="checkbox"/> Trabajo con comisión o propinas <input type="checkbox"/> Ninguno |
| | | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual | \$ | <input type="checkbox"/> Trabajo de temporada <input type="checkbox"/> Trabajo con comisión o propinas <input type="checkbox"/> Ninguno |
| | | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual | \$ | <input type="checkbox"/> Trabajo de temporada <input type="checkbox"/> Trabajo con comisión o propinas <input type="checkbox"/> Ninguno |

| | | | | |
|--|--|--|----|---|
| | | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual | \$ | <input type="checkbox"/> Trabajo de temporada <input type="checkbox"/> Trabajo con comisión o propinas <input type="checkbox"/> Ninguno |
|--|--|--|----|---|

3. Cuéntenos sobre **los recursos** que posee cualquier persona de su hogar, incluso si no están solicitando cobertura médica. Proporcione comprobantes de cada tipo de recurso que tengan los miembros del hogar. Envíe copias. No envíe los originales.

O marque **Sin recursos**

Los ejemplos de **recursos** incluyen:

- Dinero en efectivo
- Cuentas corrientes y de ahorro
- Certificados de depósitos (Certificates of deposits, CD)
- Anualidades
- Fondos mutuos
- Herencia
- Cuentas PASS
- Cuentas de desarrollo individual
- Cuentas de jubilación
- Acciones
- Bonos
- Fideicomisos
- Pagarés
- Fondos universitarios
- Cuentas de educación
- Propiedades (terrenos, viviendas)
- Ingresos de la venta de la(s) casa(s)
- Cuentas ABLE

| Nombre del propietario | ¿De propiedad conjunta? | Tipo de recurso | Número de cuenta | Importe | Nombre de la institución financiera |
|------------------------|---|-----------------|------------------|---------|-------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | \$ | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | \$ | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | \$ | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | \$ | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | \$ | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | \$ | |

4. Cuéntenos sobre la **propiedad** que alguien en su hogar posee o está comprando, incluso si no está solicitando cobertura médica.

O marque Sin **propiedad**

Los ejemplos de **propiedades** incluyen:

- Casa
- Propiedad compartida
- Lote vacío
- Propiedad en alquiler
- Almacén
- Terreno

| Nombre del propietario | ¿De propiedad conjunta? (Propiedad compartida con otra persona) | Dirección completa de la propiedad | Tipo de propiedad | Valor | ¿Importe adeudado? |
|------------------------|--|------------------------------------|-------------------|-------|--------------------|
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | \$ | \$ |

5. Cuéntenos sobre **los vehículos** que alguien en su hogar posee o está comprando, incluso si no está solicitando cobertura médica.

O marque **Sin vehículos**

Los ejemplos de **vehículos** incluyen:

- Automóvil
- Camión
- SUV
- Furgoneta
- Vehículo todo terreno
- Barco
- Remolque
- Vehículo recreativo

| Propietario(s) | ¿De propiedad conjunta? (Propiedad compartida con otra persona) | Tipo de vehículo | Año | Marca y modelo | Valor | ¿Importe adeudado? |
|----------------|--|------------------|-----|----------------|-------|--------------------|
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | \$ | \$ |

6. Cuéntenos sobre **las pólizas de seguro de vida** que posee cualquier persona en su hogar, incluso si no están solicitando cobertura médica.

O marque **Sin seguro de vida**

| Nombre del propietario | Número de póliza | Personas que cuentan con cobertura | Compañía de seguros | Valor nominal | Valor en efectivo |
|------------------------|------------------|------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------|
| | | | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | \$ |

7. Cuéntenos sobre **las pólizas de seguro de sepelio** que posee cualquier persona en su hogar, incluso si no están solicitando cobertura médica.

O marque **Sin pólizas de seguro de sepelio**

| Nombre del propietario | Importe | ¿Es irrevocable (no se puede cancelar)? | Nombre de la institución o persona que posee el dinero |
|------------------------|---------|---|--|
| | \$ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | \$ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | \$ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

8. Díganos si alguien en su hogar ha **donado** algo de valor en los últimos 5 años, incluso si no está solicitando cobertura médica.

O marque **No se ha donado nada de valor en los últimos 5 años.**

Los ejemplos incluyen:

- Casa • Dinero en efectivo • Vehículos • Terreno

| Persona que donó el artículo | Artículo donado | Fecha de la donación | Valor del artículo | Importe adeudado |
|------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------------|
| | | | \$ | \$ |
| | | | \$ | \$ |
| | | | \$ | \$ |

Lista de comprobantes que deben enviarse

Proporcione comprobantes de cada tipo de ingreso y recurso que tengan los miembros del hogar. Envíe copias. **No envíe los originales.**

Comprobante de ingresos para este mes o el mes pasado

- Ingresos de un trabajo: un recibo de pago o una carta del empleador.
- Ingresos del trabajo por cuenta propia: un estado de pérdidas y ganancias, libro de contabilidad, contrato o estado de cuenta.
- Ingresos no devengados por desempleo, Seguro Social, pensión alimenticia (Nota: Incluir solo para divorcios finalizados antes del 1 de enero de 2019), o manutención del cónyuge: una carta de adjudicación o copia de su estado de cuenta de pensión o jubilación que demuestre el importe mensual.

Comprobante de recursos de este mes o el mes pasado

- Cuentas bancarias: un estado de cuenta para todas las cuentas.
- Cuentas de fideicomisos: el documento fiduciario y el estado de cuenta.
- Anualidad: el contrato completo y un estado de cuenta que demuestre los ingresos mensuales que proporciona.
- Seguro de vida/póliza de seguro de sepelio: la póliza que demuestra el tipo de póliza y el valor en efectivo, si lo tiene.
- Propiedad inmobiliaria: la escritura o el título de cualquier propiedad que posea que no sea su residencia principal (donde vive la mayor parte del tiempo).
- Vehículo: registro de vehículos.

FIRMA Y CERTIFICACIÓN:

Al firmar este formulario, doy mi permiso al estado de Colorado y a las personas que este designe a ponerse en contacto conmigo para verificar la información facilitada en este formulario. Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____

Fecha _____

Número de teléfono _____

Representante autorizado, curador, tutor, otro contacto si tiene uno:

Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____

Fecha _____

Número de teléfono _____